

Trotz der Fortschritte in der chirurgischen Technik und der Weiterentwicklung des Implantatdesigns und deren Herstellung bleibt die Mammaugmentation ein Eingriff, der sich ständig weiterentwickelt.

■ Pectoral Muscle
■ Superficial Pectoral Fascia
Adipose Tissue

Abb. 1: Schematische Darstellung der subfaszialen Implantatlage.

Die subfasziale Mammaaugmentation – der goldene Mittelweg

Die Wahl des Implantattyps, der Größe sowie der Implantationsebene ist individuell für jede Patientin und verlangt die Berücksichtigung und Einbeziehung vieler Faktoren, die oftmals im Widerstreit miteinander sind.

Interaktion zwischen Implantat und Weichteil, die individuellen körperlichen Besonderheiten, die Patientenerwartung und deren Lebensstil beeinflussen die Entscheidung und das Ergebnis.

Material und Methode

Diese retrospektive Studie inkludiert 70 Patientinnen, bei denen wir zwischen Januar 2007 und Juni 2010 eine subfasziale Augmentation mit texturierten Silikonimplantaten durchführten (s. Abb. 2).

Die Implantatgröße betrug im Schnitt 290 cc (200-450). Das mittlere Patientenalter betrug 37 Jahre (min. 18, max. 57 Jahre). Von diesen 70 Patienten waren 45 schlank bzw. athletisch mit wenig Weichteilbedeckung, so dass bei diesen Patienten eine subglanduläre Implantatplatzierung nach unserem Standard nicht in Frage gekommen wäre.

In Abhängigkeit vom Patientenwunsch und anatomischen Gegebenheiten kamen als chirurgische Zugangswege der inferior-periareoläre, der submamäre und der axilläre Zugang zur Anwendung.

Nach Hautinzision erfolgte die Dissektion des Implantatlagers in der subfaszialen bzw. subaponeurotischen Ebene der tiefen Thoraxaponeurose und der Pectoralisfaszie (s. Abb. 2) mit dem

elektrischen Messer und einem Kaltlichtretraktor (s. Abb. 1). Drainagen wurden nicht routinemäßig verwendet.

Ergebnisse

Eine exzellente Implantatbedeckung, natürliche Form und Implantatbeweglichkeit wurde in allen Fällen erzielt (s. Abb. 3 bis 5). In keinem Fall kam es zu einem Rippling. Die Resultate wurden von den Patientinnen in allen Fällen als gut bis sehr gut bewertet.

Zwei Patientinnen entwickelten eine Kapselkontraktur Baker Grad 2. In einem Fall kam es zu einer revisionspflichtigen Nachblutung. Revisionspflichtige Serome und Infekte waren in unserem Patientengut nicht zu verzeichnen.

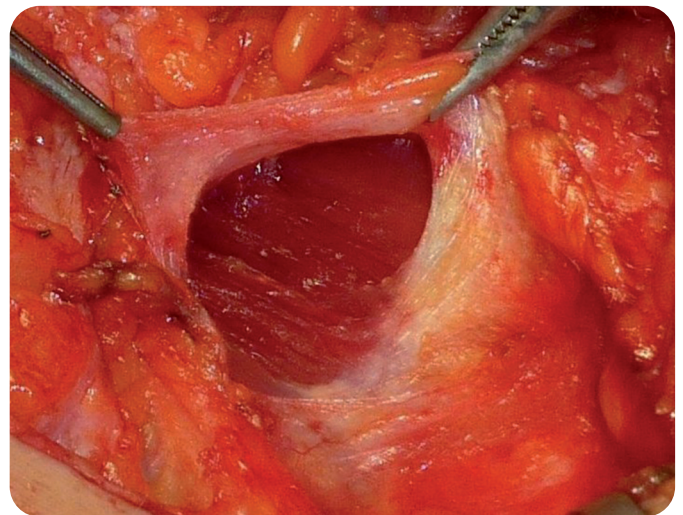


Abb. 2: Intraoperative Darstellung der Pectoralisfaszie.



Abb. 3: Patientin 1, 25 Jahre. Subfasziale Augmentation mit 270 cc rund über submammaryen Zugang, unmittelbares postoperatives Ergebnis.



Abb. 4: Patientin 2, 33 Jahre. Subfasziale Augmentation mit 300 cc rund über periareolären Zugang, Ergebnis 8 Monate postop.



Abb. 5a-c: Patientin 3, 28 Jahre. Subfasziale Augmentation mit 320 cc rund über periareolären Zugang, Ergebnis 12 Monate postop.

Diskussion

Seit Beginn der Brustaugmentation mit Implantaten sind Chirurgen auf der Suche nach der richtigen und besten Implantationsebene. Die erste gewählte subglanduläre Ebene resultierte in der Sichtbarkeit der Implantatränder vor allem bei schlanken Frauen und wurde für eine erhöhte Kapselkontrakturrate verantwortlich gemacht. Die später gewählte submuskuläre bzw. subpektorale Lage hat den Vorteil der besseren Implantatabdeckung. Trotzdem kommt es in einigen Fällen zur Konturdeformität aufgrund der dynamischen Mitbewegung des Muskels. Der subfasziale Raum scheint der goldene Mittelweg zu sein, der die Vorteile beider Techniken bietet, ohne die jeweiligen Nachteile mit sich zu bringen.

Bei extrem dünnen Patientinnen ist unseres Erachtens das einzige Element, welches eine bessere Weichteildeckung ermöglicht, der Pektoralismus. Deshalb ist in solchen Fällen unser Konzept die submuskuläre Ebene, ohne jede Diskussion. Jedoch benutzen wir in Fällen eines Pinch-Tests zwischen 2-3 cm, bei denen sowohl eine subglanduläre als auch submuskuläre Lage in Frage käme, die subfasziale Ebene. Bei Patientinnen mit einem Pinch Test von bis zu 1,5 cm findet die subfasziale Implantatlage ebenfalls Anwendung.

Die Lernkurve in der Dissektion ist flach und die Faszie lässt sich in aller Regel rasch auffinden und mit dem Elektrokauter rasch und blutungsarm dissezieren. Unsere Beobachtung, dass sich die Faszia nach kranial hin verdickt, deckt sich mit neueren klinisch-anatomischen Untersuchungen. Die Op-Zeit verlängert sich im Vergleich zu den anderen Ebenen, nach entsprechender Routine, nur unwesentlich.

Nach unseren Erfahrungen liegt die Kapselkontrakturrate in unserem Patientengut bei der subfaszialen Lage ähnlich niedrig wie bei unseren Patientinnen mit submuskulärer Implantatlage.

Fazit für die Praxis

Die subfasziale Implantatlage ist eine gute Alternative zu den bekannten Techniken. Man erzielt damit eine gute Form und natürliches Aussehen bei hoher Patientenzufriedenheit.

Der Hauptvorteil liegt in der guten Weichteilabdeckung des oberen Pols ohne die Notwendigkeit, den Muskel anzuheben. Damit erscheint diese Technik in unseren Händen eine hervorragende Option, um langfristig gute bis hervorragende Resultate zu erzielen. ■

KONTAKT

Dr. med. Thomas Gohla

Dr. med. Pablo Hernandez

Ästhetik-Zentrum Karlsruhe

Erbprinzenstraße 1 | 76133 Karlsruhe